د. محمد أبو هلال
MD, PhD, FRCS, FACS, DocEur

سرطان القولون والمستقيم



يُعد سرطان القولون والمستقيم من أكثر الأورام الخبيثة شيوعًا، ويحتل المرتبة الثالثة بين أكثر السرطانات شيوعًا لدى الرجال والثانية لدى النساء عالميًا.

تنشأ نسبة كبيرة من أورام القولون والمستقيم من **السلائل (البوليبات) القولونية** التي قد لا تسبب أعراضًا ولا يكون المريض على علم بوجودها، وإذا لم تُكتشف وتُستأصل، فقد تخضع مع مرور السنوات لتغيرات تؤدي إلى تطورها إلى أورام خبيثة.

التشخيص وتحديد مرحلة المرض

بعد تأكيد تشخيص الورم، يتم استكمال تقييم مرحلة المرض باستخدام الفحوصات المناسبة لكل حالة، والتي قد تشمل **التصوير المقطعي المحوسب للصدر والبطن، والتصوير بالرنين المغناطيسي، والتنظير بالموجات فوق الصوتية (EUS)** وغيرها من الفحوصات بحسب موقع الورم وطبيعته.

وتتم مناقشة كل حالة جديدة من سرطان القولون والمستقيم ضمن **فريق طبي متعدد التخصصات** يضم جراحي الجهاز الهضمي، وأطباء الجهاز الهضمي، وأطباء الأورام، بالتعاون مع اختصاصيي الأمراض النسيجية والأشعة والعلاج الإشعاعي.

ويهدف هذا النهج إلى تقييم الحالة من مختلف الجوانب ووضع خطة علاجية متكاملة ومخصصة لكل مريض، بالاستفادة من خبرات مختلف الاختصاصات المعنية.

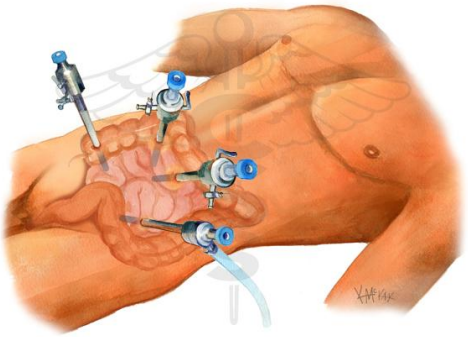
علاج سرطان القولون والمستقيم

بصورة عامة، يختلف علاج **سرطان القولون** عن علاج **سرطان المستقيم**.

في معظم حالات سرطان القولون القابلة للاستئصال، تكون الجراحة هي الخطوة العلاجية الأساسية، حيث يُستأصل الجزء المصاب من القولون مع العقد اللمفاوية الإقليمية. وبعد الجراحة، يتم تقييم نتيجة الفحص النسيجي النهائي لتحديد ما إذا كان المريض يحتاج إلى **علاج كيميائي جهازي مساعد** وفقًا لمرحلة الورم وخصائصه وعوامل الخطورة.

أما في سرطان المستقيم، فقد يحتاج المريض في كثير من الحالات إلى **علاج كيميائي وإشعاعي أو علاج جهازي قبل الجراحة**، وذلك بهدف تقليص الورم وتحسين فرص السيطرة عليه، ثم تتم إحالة المريض إلى الجراح لإجراء الاستئصال المناسب. ويعتمد نوع العملية الجراحية على موقع الورم ومداه وعلاقته بالأنسجة والأعضاء المحيطة.

الجراحة طفيفة التوغل



نُجري غالبية عمليات سرطان القولون والمستقيم باستخدام تقنيات **الجراحة طفيفة التوغل**، سواء عن طريق المنظار أو باستخدام الجراحة الروبوتية.

تتمثل الجراحة بالمنظار في إجراء العملية داخل البطن من خلال عدة شقوق صغيرة، باستخدام كاميرا وأدوات جراحية طويلة ودقيقة مخصصة لهذا النوع من العمليات.

أما الجراحة الروبوتية، فتُجرى باستخدام نظام **da Vinci Xi**، حيث ترتبط المنصة الروبوتية بالمريض بواسطة أذرع مفصلية تحمل الكاميرا والأدوات الجراحية، ويتحكم الجراح فيها من خلال وحدة تحكم (Console) بالقرب من المريض. ويتيح هذا النظام رؤية واضحة ومكبرة للمجال الجراحي، إلى جانب دقة عالية في التحكم بالأدوات.

في بعض الحالات المختارة، وخصوصًا بحسب موقع الورم في المستقيم، قد يكون من الضروري الجمع بين النهج البطني والنهج **عبر الشرج**. وتشمل التقنيات المستخدمة في هذه الحالات **TEM وTAMIS وTaTME**، وهي تقنيات طفيفة التوغل تتيح الوصول إلى المستقيم من خلال القناة الشرجية.

ولا تُستخدم الجراحة المفتوحة التقليدية، التي تتطلب شقًا بطنيًا كبيرًا، إلا في حالات محدودة وفقًا لطبيعة المرض والحالة الجراحية.

ومن بين المزايا المحتملة للجراحة طفيفة التوغل: **ألم أقل بعد العملية، وتعافٍ أسرع، وعودة أسرع إلى النشاطات اليومية، وانخفاض معدل بعض المضاعفات بعد الجراحة**.

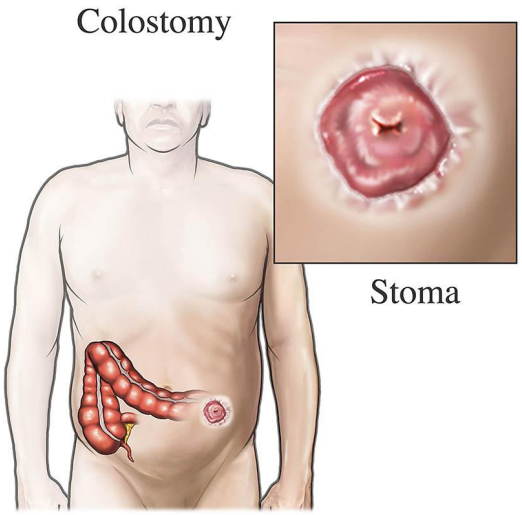
استخدام صبغة الإندوسيانين الأخضر (ICG)

في السنوات الأخيرة، بدأنا باستخدام **الإندوسيانين الأخضر (Indocyanine Green – ICG)**، وهي صبغة تُستخدم أثناء العملية وتُظهر الأنسجة والأوعية الدموية باستخدام كاميرا وتقنية تصوير مخصصة.

يمكن أن تساعد هذه التقنية الجراح في بعض القرارات المهمة أثناء العملية، ولا سيما في **تقييم التروية الدموية للأمعاء ومكان المفاغرة**، مما قد يساعد على تقليل بعض المضاعفات الجراحية المرتبطة بضعف التروية أو فشل المفاغرة.

المفاغرة وفغر الأمعاء (الستوما)

بعد استئصال الجزء من القولون أو المستقيم الذي يحتوي على الورم، يتم في كثير من الحالات **وصل طرفي الأمعاء ببعضهما**، ويُعرف هذا الإجراء باسم **المفاغرة المعوية**.



في بعض الحالات، وخصوصًا عندما تكون المفاغرة معرضة لخطر أعلى من التسرب، قد يكون من الضروري إجراء **فغر أمعاء مؤقت (ستوما)** لحماية المفاغرة. ويتم ذلك من خلال تحويل مسار البراز مؤقتًا إلى خارج الجسم عبر فتحة في جدار البطن.

ويُجرى هذا الإجراء في حالات مختارة فقط، ويتم إبلاغ المريض مسبقًا بإمكانية الحاجة إليه قبل إجراء العملية.

في معظم الحالات التي تُستخدم فيها الستوما للحماية، تكون **مؤقتة**، ويمكن إعادة استمرارية الأمعاء وإغلاق الستوما من خلال عملية جراحية ثانية بعد عدة أشهر، عندما تسمح حالة المريض بذلك.

أما في حالات نادرة، وخصوصًا عندما يكون الورم موجودًا في الجزء السفلي جدًا من المستقيم، فقد يكون من الضروري استئصال المستقيم بالكامل، مما قد يستدعي إنشاء **ستوما دائمة**.